

11 3 77

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

1951

DE L'INJECTION DE L'EXTRAIT
DE LOBE POSTERIEUR D'HYPOPHYSE
AU COURS DES CESARIENNES
SUPRA-SYMPHYSAIRES

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

PAR

Maurice BERNARDINI

né le 15 Septembre 1924 à Marseille

pour obtenir le grade de DOCTEUR en MÉDECINE

IMPRIMERIE SAINT-LÉON
78, Rue Stanislas-Torrents
MARSEILLE

1951

DE L'INJECTION DE L'EXTRAIT DE LOBE POSTÉRIEUR
D'HYPOPHYSE AU COURS DES CÉSARIENNES
SUPRA-SYMPHYSAIRES

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

DE L'INJECTION DE L'EXTRAIT
DE LOBE POSTERIEUR D'HYPOPHYSE
AU COURS DES CESARIENNES
SUPRA-SYMPHYSAIRES

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

PAR

Maurice BERNARDINI

né le 15 Septembre 1924 à Marseille

pour obtenir le grade de DOCTEUR en MÉDECINE

Examineurs	MM. VAYSSIERE	Président
de	{ DE VERNEJOL CHOSSON RECORDIER }	Assesseurs
la		
THESE		

IMPRIMERIE SAINT-LÉON
78, Rue Stanislas-Torrents
MARSEILLE

1951



Personnel Enseignant

DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE de MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : J. MORIN

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs Honoraires : MM. AUBARET, AUDIBERT,
JOYEUX, OLMER, ROCHE, GABRIEL, GAUJOUX

Chargés de Cours Honoraires : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : Mlle PERRIN

PROFESSEURS

MM. :

Anatomie	
Anatomie Pathologique et Médecine Expérimentale	CORNIL
Bactériologie et Pathologie Générale	POURSINES
Chimie Analytique et Hydrologie ...	RIMATTEI
Chimie Médicale	DERRIEN
Clinique Chirurgicale	FIOLLE
Clinique Chirurgicale	MOIROUD
Clinique Chirurgicale et Orthopédie	SALMON
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie Expérimentale	DE VERNEJOUL
Clinique Exotique	BLANC
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER
Clinique Médicale	MATTEI
Clinique Médicale	POINSO
Clinique Médicale Thérapeutique	J. OLMER
Clinique des Maladies des Voies Di- gestives et de la nutrition	MONGES
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD
Clinique Obstétrique et Gynécologique	VAYSSIÈRE
Clinique Ophtalmologique	JAYLE
Clinique Oto-rhino-laryngologique ..	BREMOND
Clinique Urologique	CHAUVIN
Histoire Naturelle	BALANSARD
Histologie	ROMIEU
Hygiène et Médecine Préventive	VIOLLE
Médecine Légale	MOSINGER
Parasitologie	SAUTET

Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE
Pharmacodynamie et Matière Médicale	MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Pharmacie Galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physique	DUBOULOZ
Stomatologie	BELTRAMI
Professeurs sans chaire	ARNOUX
	PIERI

CHARGÉS DE COURS

Clinique de la Tuberculose	BERTHIER
Clinique Dermatologique	CHARPY

AGRÉGÉS LIBRES

MM. AUDIER	MM. FIGARELLA
BERTHIER	IMBERT
BRAHIC	PAILLAS
CHOSSON	RECORDIER
DOR	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BERNARD	MM. LENA
GRANJON	MONGES Henri
GRISOLI	OURGAUD
HENRY	PAOLI
JOUE	RAYBAUD
LAMY	VAGUE
LAVAL	

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM. ARNOUX	MM. OLLIVIER
DONNET	PELLISSIER
DUMAZERT	PICARD
GASTAUT	RANQUE
MOURGUE	ROUX

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

Pharmacodynamie et Matière Médicale	J. MERCIER
---	------------

A MA GRAND'MERE

A MA MERE

A MON PERE

En témoignage de ma très
grande reconnaissance et de ma
profonde affection.

A MA FEMME

Avec toute ma tendresse.

A MON FRERE

A MES ONCLES, A MES TANTES

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VAYSSIÈRE

Professeur de Clinique Obstétricale et Gynécologique
à la Faculté de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand hon-
neur de nous inspirer le sujet de
notre thèse et d'en accepter la
présidence.

Qu'il soit assuré de notre défé-
rence et de notre respectueuse
gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE VERNEJOUL

Professeur de Clinique Chirurgicale Thérapeutique
et Chirurgie Expérimentale
Officier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien trouver, ici,
l'expression de notre déférente
admiration à l'égard de sa haute
valeur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHOSSON

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine

Il nous a toujours témoigné la
plus paternelle bienveillance.

Nous le remercions de l'intérêt
qu'il n'a cessé de nous témoigner
et le prions de vouloir bien accep-
ter l'hommage de notre profonde
gratitude et l'assurance de notre
profond attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RECORDIER

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine

Il nous a honoré de sa sympa-
thie. Nous sommes heureux, au-
jourd'hui, de lui offrir notre affec-
tueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI SERMENT

Ancien Interne des Hôpitaux
Chef de Clinique à la Faculté

Qui nous a aidé de ses précieux conseils dans l'élaboration de ce travail.

Qu'il veuille bien accepter, ici, nos remerciements et l'assurance de toute notre amitié.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX

Avant-Propos

Après avoir subi des fortunes diverses, l'opération Césarienne a conquis droit de cité dans la thérapeutique obstétricale. La vulgarisation de l'Hystérotomie supra-symphysaire a permis d'en étendre les indications à des cas jusqu'alors réputés comme dangereux. Devenue intervention courante, gagnant sans cesse au détriment des interventions obstétricales par voie vaginale, les détails de sa technique ont donné lieu à de nombreuses publications, tant françaises qu'étrangères.

Cependant, lorsqu'on feuillette les documents qui ont trait à cette question, l'on est surpris de voir que la plupart des auteurs négligent d'insister ou émettent des opinions divergentes sur un point de technique qu'ils effleurent à peine : « l'Injection de l'Extrait de Lobe Postérieur d'Hypophyse ».

Frappé par cette constatation, notre maître, Monsieur le Professeur Vayssière, nous a incité à consacrer notre thèse à l'exposé d'une méthode qui, si elle n'a pas de prétention à l'originalité, n'en constitue pas moins un véritable temps opératoire dont l'importance mérite mieux que la mention brève et stéréotypée que lui accorde les protocoles opératoires : « Injection de Post-Hypophyse ».

Certes, pour affirmer la valeur salubre d'une méthode, il ne suffit pas que la logique serve, il faut encore que sa pratique en confirme les mérites présumés et que les profits se dénombrent à son usage, supérieurs comparativement à d'autres méthodes.

Il est donc indispensable de mettre en parallèle les résultats pratiques : parallèle moins aisé à établir qu'on ne le pourrait penser, pour des raisons variées. Les résultats de la pratique opératoire d'une seule personne, par exemple, sont assez malaisément comparables à ceux d'un service hospitalier comportant de nombreux opérateurs d'expérience inégale ; le facteur habileté individuelle peut, en effet, fausser la valeur générale et moyenne d'une technique ;

La modalité d'éclectisme des méthodes handicapera la méthode à laquelle on réservera les cas gravissimes ;

Le hasard, facteur imprévisible, de séries heureuses ou malencontreuses risque, lui aussi, de déséquilibrer les données de l'expérimentation.

La statistique, elle-même, cette subtile argumentation chiffrée, n'est-elle pas, comme certains l'affirment, « la forme la plus élégante du mensonge », et d'ailleurs il n'est point jusqu'à l'expurgation qui ne s'en puisse réclamer.

Nous avons veillé à nous garder des reproches que l'on a pu faire à la statistique. Nous avons eu en vue, par une étude pharmacodynamique et physiologique, de considérer notre sujet sous le jour de l'action clinique de l'Extrait de Lobe Postérieur d'Hypophyse dans le cas particulier de la Césarienne supra-symphysaire.

L'emploi de l'extrait de Lobe postérieur d'Hypophyse au cours des césariennes supra-symphysaires

GENERALITES SUR L'EXTRAIT DE LOBE POSTERIEUR D'HYPOPHYSE

Le Lobe Postérieur de l'Hypophyse, placé dans la selle turcique, au-dessous et en arrière du lobe antérieur, constitue avec lui le cerveau endocrinien.

Si le rôle physiologique de la sécrétion post-hypophysaire est encore bien mal connu, par contre l'activité pharmacodynamique des hormones qui ont pu en être isolées est considérable.

I. — HISTORIQUE DE L'EMPLOI DE LA POST-HYPOPHYSE

Après les essais expérimentaux de Pal qui, le premier, entreprit l'étude physiologique de l'extrait post-hypophysaire et démontra son action sur les muscles lisses. Bell, à trois reprises, en 1910, utilisa avec succès l'Hypophyse en clinique, dont deux fois pour combattre une hémorragie par inertie utérine après Césarienne et il observa la reprise de la contraction utérine et la rétraction du muscle.

L'extrait hypophysaire donc, a été, à l'origine, utilisé dans la pratique obstétricale uniquement comme agent hémostatique. Bell ne s'étant pas rendu compte de la valeur ocytotique.

Plus tard, on constata que cette utilisation entraînait une exagération des contractions lors de la période de la délivrance, facilitant dans la plupart des cas l'expulsion d'un placenta, spontanément, rapidement et sans perte de sang considérable.

Par ailleurs, dans la Césarienne Cervicale, les retards de la délivrance étant une cause de préoccupation on essaya avec succès d'accélérer l'expulsion de l'arrière-faix par injection de Post-Hypophyse dans le col.

II. — L'UTILISATION OBSTETRICALE

Le Lobe postérieur de l'Hypophyse contient des principes spéciaux qu'on en extrait et dont les propriétés physiologiques, mises en évidence par l'expérimentation sur l'animal, ont reçu des applications thérapeutiques importantes. Parmi les propriétés de l'extrait rétro-pituitaire, l'une des plus remarquables est celle qu'il a d'exciter la musculature utérine et qui, devenant d'une exquise électivité au terme de la gestation, a trouvé de ce fait des emplois courants en obstétrique.

Pharmacologiquement l'action de la Post-Hypophyse correspond à une augmentation du tonus et de la contractilité. Tout d'abord, après une courte période latente, c'est le tonus qui augmente rapidement tandis que les contractions fortes s'établissent. Ensuite le tonus diminue progressivement, tandis que les contractions intermittentes persistent. La contraction hypermaximale serait donc suivie d'une activité contractile normale.

En cours d'intervention, par administration de Post-Hypophyse nous constatons :

A) EFFETS LOCAUX

a) Le corps utérin durcit et se contracte immédiatement, les saillants des faisceaux musculaires prennent plus de relief, la surface de section de la paroi utérine semble légèrement ischémisée mais ne devient jamais assez dure et consistante pour rendre la suture difficile, au contraire, celle-ci présente l'avantage de pouvoir être effectuée dans un milieu propre sans l'incommode écoulement de sang.

D'après l'expérimentation à l'hystérographe de Frey on constate : d'abord une vaso-constriction des vaisseaux, déterminée par des contractions de type presque tétanique du muscle utérin, suivie d'un état de contraction semblable à l'état physiologique et capable pourtant de régler l'importance de la perte de sang. L'action est due non seulement au fait du raffermissement de la rétraction utérine mais encore par suite de la vaso-constriction des vaisseaux. L'effet hémostatique est immédiat, net et durable. Cependant cette hémostase est facilitée, pour une certaine part, par les propriétés coagulantes de l'extrait post-hypophysaire, propriétés qui seraient dues pour Feissly à une augmentation de la thrombine.

D'ailleurs, à l'exception des cas où l'hémorragie est due à une importante rupture vasculaire, la contraction utérine a une puissante action hémostatique. D'où, s'il se produit une inertie utérine ou s'il y a nécessité de renforcer l'hémostase, l'intérêt des extraits post-hypophysaires qui renforcent cette contraction.

b) L'extraction manuelle du placenta et des membranes, qui peuvent parfois être expulsés spontanément, semble pouvoir s'accomplir vite et facilement et la révision de la cavité utérine peut se faire dans les meilleures conditions.

c) Après la suture, le corps de l'utérus se maintient longtemps bien contracté en globe de sûreté, comme il

est facile de le vérifier en palpant à travers la paroi abdominale pendant le temps complémentaire de l'intervention.

d) Habituellement, pendant les jours consécutifs à l'opération, la femme n'est point troublée par des tranchées utérines.

B) EFFETS A DISTANCE

a) D'après les recherches de Krogh la contraction de la vessie et la régularisation du tonus des capillaires rénaux faciliteraient la diurèse et l'on observerait moins souvent des rétentions d'urine.

b) L'atonie intestinale, le météorisme, le retard de la chasse biliaire qui sont les conséquences habituelles de l'état de grossesse et qui peuvent être aggravés par l'intervention même, seraient favorablement influencés.

c) Notons enfin que dans la crase sanguine, grâce à l'extrait post-hypophysaire on peut quelquefois démontrer une augmentation de la coagulabilité, condition favorable à l'hémostase.

Pourquoi employer la Post-Hypophyse dans les césariennes supra-symphysaires ?

La connaissance des effets physiologiques et pharmacodynamiques, que nous venons d'exposer, permettant de prévoir le déterminisme clinique, incita les obstétriciens à employer l'extrait de lobe postérieur d'Hypophyse au cours des césariennes.

En effet, l'action élective de ce produit a deux conséquences :

- — la rétraction utérine, entraînant

- l'action hémostatique, complète et immédiate.

De ces deux conséquences se déduisent les principales indications de l'emploi de l'extrait post-hypophysaire, à savoir :

- lutter contre l'hémorragie ;

- faciliter la délivrance.

A) PROPHYLAXIE DES HÉMORRAGIES

Burger, en 1929, dans un mémoire à la Société d'Obstétrique de Strasbourg, établit une classification des hémorragies dans les césariennes. Il décrit :

- les hémorragies par atonie

- les hémorragies de la tranche de section

- les hémorragies du plexus rétro vésical
- Les hémorragies des plexus utérins latéraux
- les hémorragies, par déchirure latérale accidentelle de la tranche de section.

De cette classification nous devons retenir deux sortes d'hémorragies :

- 1.) les unes dues à une atteinte vasculaire : ce sont
 - les hémorragies du plexus rétro vésical ;
 - les hémorragies des plexus latéraux ;
 - les hémorragies par déchirure des vaisseaux de la tranche de section.

2.) les autres dues à l'atonie :

- soit au niveau de la tranche de section ;
- soit au niveau de la plaie placentaire.

Dans la plupart des cas, l'hémorragie peut être impressionnante par son abondance, cependant on la voit, ce qui permet l'hémostase : soit par des ligatures s'il y a atteinte des vaisseaux, soit par la Post-Hypophyse dans le cas de l'atonie.

Mais lorsqu'il se produit une hémorragie de la plaie placentaire après fermeture, l'attention peut être attirée par le volume particulièrement important de l'utérus. Il est le plus souvent difficile de se rendre compte de ce fait dans les derniers temps intra-péritonéaux de l'intervention car l'utérus a ses connexions modifiées par les champs de protection et par le tiraillement créé par la péritonisation. C'est pour éviter un tel état de fait que l'emploi de la Post-Hypophyse au cours des césariennes doit être systématique. Par la rétraction qu'elle produit non seulement elle facilitera l'hémostase de la plaie placentaire mais encore elle préviendra les hémorragies dans les suites immédiates de l'intervention.

D'autre part, aujourd'hui où l'on attache une grande place dans le mécanisme de l'infection puerpérale au terrain organique, on sait que les fortes pertes de sang, même sans mettre en danger la vie du sujet, diminuent sensiblement sa résistance ; probablement par altération nutritive des systèmes chargés de la défense de l'organisme.

Une bonne hémostase au moment de la césarienne sera donc un élément de prophylaxie anti-infectieux.

B) ACTION SUR LA DELIVRANCE

Si l'intérêt primordial de l'extrait de lobe Postérieur d'Hypophyse est d'être préventif des hémorragies de l'opération césarienne, il n'en est pas moins intéressant de noter que par le fait qu'il est un stimulant de la fibre utérine, il semble qu'il doive agir aussi sur la délivrance qui est, somme toute, le résultat, elle aussi, de la contraction de l'utérus après l'expulsion du fœtus.

Or, la délivrance reste dans la césarienne comme dans l'accouchement par voie basse une source d'inquiétude pour l'accoucheur. Il sait qu'à tout moment une hémorragie peut survenir. Seule l'extraction complète du placenta et des membranes et la contraction ferme de l'utérus apportent un facteur de sûreté.

Il est logique que l'on ait cherché à faciliter ce temps de l'intervention. La Post-Hypophyse, par son action semble pouvoir jouer ce rôle ; en effet, elle aide à un décollement rapide et complet, à une extraction plus facile du placenta et des membranes, agissant à la fois sur l'hémorragie physiologique et sur la durée de la délivrance.

C) CAS SPECIAUX

Ch. Gigon a préconisé l'injection de Post-Hypophyse comme test de conservation d'un utérus apoplectique. Par la réponse du muscle on peut évaluer la qualité de l'utérus et prendre la décision qui s'impose.

En résumé de ce chapitre, sur les indications de l'emploi de l'extrait de lobe postérieur d'Hypophyse au cours des césariennes supra-symphysaires, nous retiendrons que l'action prédominante du produit étant de stimuler la contractilité utérine :

— seules les hémorragies par atonie seront influencées. En prévenant ou en supprimant cette atonie, l'injection de Post-Hypophyse permettra d'éviter ou de lutter efficacement contre les hémorragies de la tranche de section ou de la plaie placentaire, qui peuvent en être la conséquence.

— la délivrance étant, elle aussi, une résultante de la contraction de l'utérus sera à la fois plus facile et plus courte.

Existe-t-il des contre-indications à l'emploi de l'extrait de lobe postérieur d'Hypophyse au cours des césariennes ?

La plupart des accoucheurs déclarent n'avoir jamais eu aucun accident d'ordre local qui fussent imputables avec certitude à la Post-Hypophyse, dans le cas où celle-ci était administrée après l'extraction du fœtus.

Les accidents secondaires d'ordre général sont extrêmement rares : les différentes observations s'accordent à ce sujet et l'on pense même que les effets physiologiques de la Post-Hypophyse influent d'une manière bien-faisante les suites de couches.

La montée laiteuse n'est en aucune façon compromise. Elle est un fait si tardif par rapport au traitement post-hypophysaire qu'on ne peut que difficilement supposer que ce dernier puisse l'influencer.

Les modifications exercées sur le myocarde et le système vasculaire par le médicament se maintiennent habituellement en de telles limites que tancis qu'il peut contribuer efficacement à améliorer les conditions de dépression des centres nerveux, fréquemment provoqués par la narcose, il ne semble jamais pouvoir déterminer des troubles circulatoires graves et capables de troubler un équilibre qui ne serait point déjà compromis par une insuffisance myocardique ou par une hyperten-

sion artérielle ou encore par une intoxication prééclamptique.

D'ailleurs, dans les extraits post-hypophysaires modernes, l'élément pharmacologique ocytocique sans action sur la pression sanguine est séparé de l'élément agissant sur le vague.

Technique d'administration de la Post-Hypophyse au cours des césariennes

DIFFERENTES TECHNIQUES

Depuis longtemps le danger d'hémorragie au cours des césariennes a préoccupé les auteurs. Le but de chacun était, devant une alerte éventuelle, d'apporter une décision corrective, appropriée et prompte.

Déjà en 1927 Garipuy devant la Société d'Obstétrique de Toulouse, fit un exposé sur la compression systématique de l'aorte dans les césariennes. Il apporta sept cas cliniques pour montrer l'utilité de cette manœuvre qui raccourcit le temps opératoire et évite les hémorragies immédiates.

Mais c'est grâce à la Post-Hypophyse qu'il fut possible d'obtenir une méthode dont l'usage devait révéler l'efficacité. De nombreuses techniques d'emploi furent préconisées ; nous nous bornerons à rappeler les principales.

Le Lorier et Mayer, en 1932, décrivent un procédé ayant pour but de prévenir l'hémorragie : ils injectent au tout début de l'intervention 1 cc. d'Hypophyse et 1 cc. d'Ergotine.

Bohler et Reiles, en 1934, décrivent une technique particulière : l'injection intra-veineuse de Post-Hypophyse est poussée dès l'extraction de la tête fœtale et

le contenu de l'ampoule réparti sur une durée de 8 à 10 secondes. Dès que l'utérus commence à se contracter, au bout des prochaines secondes, en tout cas pendant l'injection encore, on terminera lentement l'extraction de l'enfant. Le développement du tronc se fera lentement afin que la contraction de l'utérus puisse suivre l'évacuation de sa cavité : il faut qu'on ait la sensation qu'elle chasse littéralement le tronc de l'enfant. Dès la sortie de celui-ci l'utérus est fortement contracté et on procédera sans tarder à l'extraction du placenta, s'il n'a pas déjà été expulsé avec l'enfant, ce qui est fréquent. Suivant son aspect on fera avec deux ou trois doigts seulement une révision ou on s'en abstiendra. La quantité de sang perdue est minime, parfois nulle. Selon leurs auteurs, la méthode est sans danger ; elle donne des résultats constants et parfaits et peut-être recommandée en toute conviction.

Enrico Berutti, en 1936, décrit la méthode, prophylactique des hémorragies des césariennes, préconisée par son maître le Professeur Cova : il s'agit de l'injection de 1 cc. d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse dans une veine du bras, dès la section de l'utérus.

Notons encore le procédé préventif d'hémostase de la tranche de section décrit par Cambon en 1938 portant sur trente-trois cas. Après avoir recliné la vessie et avant de décoller la portion supérieure du péritoine viscéral, injection dans le corps utérin de 10 unités de Post-Hypophyse Choay avec 1 cc. d'Ergotine sous cutané. D'après son auteur, la tranche de section est pratiquement exsangue, l'extraction du fœtus est facile mais il reconnaît, cependant, que l'extraction placentaire s'accompagne d'un peu de sang et que parfois elle est un peu difficile.

Dans le Service de notre maître, Monsieur le Professeur Vayssière, à la Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine de Marseille, l'extrait de lobe postérieur

d'Hypophyse est injecté dans le muscle utérin, selon la technique classique de Doerfler, technique suivie depuis très longtemps, d'ailleurs, par Monsieur le Professeur Chossón.

Immédiatement après l'extraction du fœtus, on injecte, moitié à droite, moitié à gauche de l'incision, 10 à 15 unités de Post-Hypophyse en ayant soin de pousser le piston de la seringue tout en faisant pénétrer l'aiguille afin d'éviter d'injecter le contenu en totalité dans une veine.

Pratiquée depuis de nombreuses années, cette manière de faire n'a jamais provoqué aucun accident digne d'être relevé. Elle conserve tout l'intérêt hémostatique de l'extrait rétro-pituitaire sans jamais risquer en transformant la contraction en tétanisation, d'apporter un élément d'aggravation pour l'intervention.

Rappelons, enfin, que dans le cas d'hémorragie constituée, la plupart des auteurs semblent confirmer que l'injection de Post-Hypophyse dans le muscle utérin suffit, bien souvent, à enrayer l'hémorragie. De rigoureux contrôles, en effet, démontrent qu'après 10 à 15 secondes déjà, l'effet du médicament se manifeste avec évidence sur l'état de contraction du muscle utérin.

CONSIDERATIONS SUR LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES

Nous avons décrit les principales techniques que nous avons trouvé relatées dans la littérature et particulièrement dans les comptes rendus de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. Nous avons, à dessein, passé sous silence un grand nombre de publications où seul variait un point de détail qui n'avait souvent pour tout mérite que celui de l'originalité.

De notre documentation il ressort que dans l'administration de l'extrait de Post-Hypophyse il faille retenir trois facteurs de discussion :

Différence de dose ou de dosage ;

Différence des voies d'action ;

Différence des moments d'action.

1) Différence de dose.

Cette notion de dose a perdu beaucoup de son intérêt de nos jours, et les dosages de plus en plus rigoureux permettent une utilisation plus rationnelle. Cependant tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que :

— Les fortes doses sont dangereuses ;

— Le dosage devrait varier en fonction de la susceptibilité individuelle des différents utérus. Bandler écrivait déjà, en 1916 : « L'extrait pituitaire n'agit pas de même sur toutes les patientes ». Hiskell et Rucker en 1921, concluent que d'après leurs recherches, en général, l'action du produit varie avec les différents utérus. Mais c'est surtout Vignes, en 1922, qui a mis en évidence le fait que le tonus utérin initial étant variable l'action médicamenteuse est aussi variable : « Si le médicament a des actions diverses c'est qu'on le fait agir sur des utérus dissemblables » et il cite la loi de Magalhaes : les très grandes variations d'efficacité observées dans l'emploi de l'extrait de Post-Hypophyse sont en rapport avec les variations du tonus chez le sujet au moment de l'expérience.

Aujourd'hui ceci reste vrai : d'ailleurs l'excitabilité utérine est mal connue et les physiologistes savent combien il est difficile de faire l'étude expérimentale des muscles lisses.

2) Différentes voies d'action :

La Voie sous-cutanée ne présente que peu d'intérêt dans le cas particulier de la césarienne.

La voie intra-veineuse permet d'agir vite.

La voie intra-utérine permet une action pratiquement instantanée. Elle a l'avantage d'apporter directement le produit là où il doit agir. Elle nous semble la voie de choix dans la césarienne.

3) Différents moments d'action :

C'est à notre avis le point capital dans le problème de l'administration de Post-Hypophyse au cours des césariennes. Notre documentation ne nous a pas permis de retrouver à ce sujet une seule controverse entre les auteurs. Chacun décrit sa méthode et s'il en analyse judicieusement les avantages, il n'en révèle pratiquement jamais les inconvénients ; or, nos connaissances sur la physiologie du muscle utérin et les effets pharmacodynamiques de la Post-Hypophyse nous permettent de suspecter dans les différentes techniques des possibilités de difficultés que nous eussions aimé connaître.

Une enquête limitée à un nombre restreint d'expérimentateurs nous a permis de connaître quelques cas de difficulté d'extraction du fœtus dont l'administration de Post-Hypophyse prématurée peut être rendue responsable. Il ne semble donc pas qu'une telle éventualité soit tellement rare et il est certain qu'elle peut, d'autre part, être redoutable.

OBSERVATION N° 1 Madame N..., âgée de 37 ans. Bassin aplati et généralement rétréci. Promonto-publien minimum : 9 cm 5 avec un promontoire haut.

Premier accouchement : en 1940, après rupture prématurée des membranes, tentative de forceps par un médecin de la ville puis version : enfant mort.

Deuxième accouchement : en 1943, déclenchement médical du travail près du terme : bonne évolution et expulsion d'un garçon de 3 kgs 950.

Troisième accouchement : en 1950. Terme aux environs du 15 juin. Tentative de déclenchement médical du travail, début juin : échec. (On avait employé les oestrogènes associés à 2 unités 5 de post-hypophyse de deux heures en deux heures jusqu'à 24 unités).

La parturiente n'est revue que le 24 juin : travail déclenché spontanément : présentation du sommet en OIGA. Lorsque la dilatation atteint 4 cm., rupture provoquée des membranes avec issue de liquide teinté de méconium. Les bruits fœtaux sont parfaits, on poursuit l'épreuve du travail. Antispasmodiques car douleurs importantes, rapprochées. Malgré ce, sommet toujours au détroit supérieur. Au bout de plusieurs heures signes de prérupture qui décident à intervenir par voie haute. On pratique une césarienne basse classique, sous anesthésie générale en circuit fermé avec cyclopropane et oxygène.

Incision longitudinale classique de 15 cms environ. L'utérus est hypertonique, la brèche ne saigne pas. La présentation en OIGA est hyperfléchie, en asynclitisme antérieur ; aussi la tête est située au bas de l'incision, alors qu'à la partie supérieure apparaît le dos et surtout le moignon de l'épaule droite. La bouche en arrière est très difficilement accessible, tout mouvement de rotation pour amener la face en avant est impossible. Pendant cette tentative, procidence du membre supérieur droit. Les épaules se dégageraient facilement mais la tête ne serait que davantage bloquée. On agrandit alors, peut-être un peu trop parcimonieusement, l'incision vers le haut ; on peut alors réintégrer avec beaucoup de difficultés le membre supérieur dans la cavité utérine. Application directe du forceps de Pajot, très laborieuse, après avoir amené l'occiput en avant au milieu de la brèche. Les cuillères du forceps sont impossibles à appliquer suivant les diamètres mentonniers, avec tendance au dérapage. Extraction pénible d'un fœtus vivant de 4 kgs 300 avec agrandissement de la ligne d'incision vers le haut et vers le bas. On pratique la suture de l'utérus en deux plans après délivrance classique. On fait une péritonisation minutieuse suivant la technique proche de celle décrite par Brindeau.

Les suites opératoires sont correctes.

Cette observation est la démonstration indiscutable de l'existence de dystocie à l'extraction fœtale. Nous avons, à dessein, cité ce cas, où la Post-Hypophyse ne peut en aucune façon être incriminée, car il nous permet de nous rendre compte qu'elle n'est pas le seul facteur de dystocie. En effet, la difficulté d'extraction du fœtus ne sera vraiment importante que dans les cas exceptionnellement rares et dans ces cas nous retrouverons, toujours l'association de facteurs maternels et fœtaux, intriqués pour engendrer la dystocie. Or, si ces facteurs peuvent apparaître spontanément, il n'en reste pas

moins que la Post-Hypophyse, par son action sur le muscle utérin, peut soit faire apparaître, soit exagérer le facteur maternel. C'est ce fait que semble confirmer les observations qui suivent où la Post-Hypophyse a certainement contribué à transformer la césarienne en une grave intervention.

OBSERVATION N° 2. — Madame X... âgée de 33 ans.

Il s'agit d'une septième gestation. La parturiente présente un rétrécissement mitral et une insuffisance cardiaque grave. Elle est entrée dans le service le 3 octobre 1945. Les dernières règles sont du 4 au 8 avril 1945, et le terme probable le 18 janvier 1946. Les accidents cardiaques sont d'une extrême gravité et il apparaît bientôt que cette femme ne pourra manifestement pas aller jusqu'au terme. Les cardiologues consultés sont formels : devant l'échec des thérapeutiques médicales ils conseillent d'interrompre la grossesse, sans nier toutefois la gravité de l'acte opératoire. Le 6 novembre 1945, après une minutieuse préparation cardiaque (diurétiques, digitale, etc...) on intervient pour une césarienne basse suivie de stérilisation. Anesthésie épidurale haute, excellente. Aucun choc. Au contraire, on constate une amélioration presque immédiate, dès la sortie de l'enfant. Celui-ci un garçon de 1.100 gr. succombe au troisième jour. La mère s'améliore progressivement et sort au vingt-septième jour. Malheureusement la stupidité de son entourage lui fait quitter l'hôpital à pied par un jour de grand froid et nous apprenons, quelques jours après, qu'elle est morte subitement, chez elle, le soir de son arrivée.

Nous avons relevé cette observation dans une étude faite par Monsieur le Professeur Chosson et le Docteur Rastit, sur « l'utilisation de l'anesthésie épidurale haute par voie sacrée dans les césariennes abdominales » ; étude parue dans le Bulletin Médical du 21 avril 1946. Ce cas clinique présente, pour nous, un très grand intérêt. Les auteurs signalent, en effet, un incident survenu pour n'avoir pas assez tenu compte de la rétraction : « Celui de nous qui opérait, voulant éviter au maximum les manipulations utérines, avait espérer s'aider d'une injection de 10 unités de Post-Hypophyse, faite dans le muscle utérin au moment de son ouverture. Il s'ensuivit une telle rétraction qu'il fallut deux prises de for-

ceps (la première ayant dérapé) pour extraire la tête d'un fœtus de 1.100 gr. Quant à l'utérus, il était dur comme du bois, et sa tranche de section pâle et rigoureusement exsangue.

OBSERVATION N° 3. — Madame R..., 40 ans. Primigeste ; entre d'urgence à la Clinique Obstétricale, après épreuve du travail non concluante surveillée en ville.

A l'examen d'entrée, utérus très tonique, fortement latéroversé à droite ; hauteur utérine de 36 cm., présentation du sommet en gauche transverse. L'auscultation est positive mais les bruits du cœur sont légèrement modifiés.

Au toucher vaginal, le segment inférieur est mal constitué, la dilatation est de 6 cm. La tête, appuyée au détroit supérieur, est en gauche transverse, faisant un asynclitisme antérieur très marqué. La poche des eaux est rompue. Le bassin est généralement rétréci, canaliculé, diamètre promonto-rétopubien de 10 cm.

L'hystérotomie est décidée devant ce tableau.

Anesthésie générale à l'éther. Laparatomie médiane sous-ombilicale, qui permet de découvrir un utérus fortement latéroversé, hypertonique. Avant l'incision médiane verticale du segment inférieur, injection de 10 unités de post-hypophyse dans le muscle utérin. Dès l'ouverture de l'utérus, issue du moignon de l'épaule, puis du membre supérieur droit. Tentative d'extraction fœtale qui s'avère impossible. Après de grandes difficultés, on arrive à extraire un fœtus inanimé qui meurt dans les minutes suivantes. Le segment inférieur est le siège de lésions importantes, aussi l'opérateur se décide à faire une hystérectomie secondaire pendant laquelle est installée une perfusion de sang, l'opérée présentant des signes de choc. A la fin de l'intervention, l'état de la malade est relativement satisfaisant. On continue malgré tout une perfusion lente et brutalement deux heures après, mort dans un tableau de collapsus intense.

OBSERVATION N° 4. — Césarienne pour présentation du front, dix heures après la rupture des membranes. Le segment inférieur est distendu en état de prérupture. On fait une longue incision car le fœtus paraît volumineux. Avant l'incision on pratique une injection intramurale de 10 unités de post-hypophyse.

Dès l'ouverture de l'utérus qui est rétracté, en haut de la brèche, apparition du membre supérieur gauche, la tête, qui a subi un début de modelage et qui est très volumineuse, est très difficile à extraire. On peut avec de grandes difficultés, après avoir réintégré le bras, amener la face en avant et faire une extraction qui amène une déchirure latérale du segment

inférieur sans atteinte des gros vaisseaux. Malgré tout, il se produit une hémorragie importante que l'on arrête non sans difficulté.

Notons que le poids fœtal dépasse 5 kilos.

Au lieu de faire une hystérectomie, fermeture de l'utérus qui paraît satisfaisante, ainsi que la péritonisation : malgré tout, stérilisation car nous avons à faire à une grande multipare.

Malgré un traitement actif par les antibiotiques, abcès de la paroi et du Douglas, thrombose au niveau du membre inférieur gauche avec embolies pulmonaires. Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, cette malade meurt au bout de deux mois d'un abcès du poumon, conséquence tardive de l'opération césarienne.

DISCUSSION

Nous n'ignorons pas que le mécanisme du dégagement dans les césariennes se déroule simplement dans la plupart des cas. Nous n'en voulons pour preuve, en plus de la brève description que l'on trouve de ce temps opératoire dans les livres classiques, que le petit nombre, que nous avons pu relever d'observations cliniques d'extraction fœtale compliquée. Pourtant, dans certains cas, on peut se trouver en présence de difficultés importantes, pouvant entraîner de graves conséquences pour la mère et l'enfant. L'injection de Post-Hypophyse peut, alors, créer un facteur d'aggravation imprévisible et le problème du moment d'action présente dans ces cas un très grand intérêt.

Il nous a semblé intéressant d'aborder ce problème sous le jour d'une étude comparative entre les deux manières de procéder :

— Injection avant l'extraction du fœtus.

— Injection après l'extraction du fœtus.

Par une étude discriminative nous avons essayé de mettre en valeur l'intérêt et le mérite respectif des deux méthodes préconisées, afin de porter un jugement que viendront corroborer les faits cliniques.

1) Injection avant l'extraction du fœtus :

L'injection de Post-Hypophyse au début de l'intervention a pour but l'hémostase de la tranche de section, et à ce sujet elle présente un réel intérêt.

Comme le prétend Petry dans sa thèse: « l'hémorragie force à opérer au fond d'un puits rempli de sang ; l'extraction devient aveugle et se trouve allongée dans sa durée parce que l'œil de l'opérateur n'est plus d'aucun secours ».

Et il est logique que l'on ait cherché d'obvier à cet inconvénient afin de rendre l'opération plus élégante et d'une technique plus sûre.

Or, les hémorragies par défaut de rétraction, les seules justiciables de l'action de la Post-Hypophyse, ne présentent pas toujours un facteur de gravité extrême et, sans exagérer, nous pouvons prétendre qu'il est toujours possible de juguler une hémorragie de même nature que celle que l'injection préventive a la prétention d'éviter. D'abord, parce que l'hémostase se fera pratiquement d'elle-même, après évacuation de l'utérus, ou ce dernier ne dépensant plus son effort de contraction pour chasser le fœtus, se contractera vigoureusement sur lui-même ; ensuite par le fait que la rapidité d'action des extraits post-hypophysaires nous permettra, en cas de nécessité, l'obtention facile et immédiate de la rétraction, la réponse à l'injection étant rapide après seulement un temps de latence de quelques secondes.

D'ailleurs, un résultat semblable à celui de l'action de la Post-Hypophyse peut être obtenu par l'aspiration, grâce à laquelle il nous est possible d'opérer dans les meilleures conditions en évacuant l'accumulation de sang au devant de la présentation sus-symphysaire. De ce fait, l'intervention n'est plus aveugle et l'enfant n'est plus exposé à déglutir du sang ou des liquides. Cette

pratique satisfait l'esprit de méthode et a les mêmes avantages de netteté dans l'acte opératoire.

Mais, si la Post-Hypophyse peut présenter un réel avantage grâce à son action hémostatique, elle risque aussi en contre-partie d'entraîner une difficulté d'extraction fœtale. En effet, elle peut renforcer la tonicité d'un utérus, tonicité que viendront accroître encore les manipulations dues à l'intervention. Le résultat en sera une forte rétraction pouvant créer une véritable dystocie si au facteur utérin s'associe un facteur fœtal tel qu'une procidence ou un excès de volume. Tout ceci aura pour conséquence :

- une souffrance fœtale ;
- une gêne apportée à toute mobilisation du fœtus ;
soit pour amener la tête en avant ;
soit pour l'extraire.

Toute manœuvre sera pénible et longue : la version devient très difficile, l'utérus comprime la main de l'opérateur et le fœtus, paralysant l'extraction, qui sera d'autant plus difficile que la césarienne supra-symphysaire respecte, par définition, l'anneau de rétraction dont le rôle n'est pas négligeable en cette sorte de dystocie. Et malgré l'incision segmentaire, l'accouchement sus-symphysaire aura encore à résoudre la traversée d'un obstacle, compliquant le passage du tronc fœtal.

Certes, je n'ai retrouvé dans la littérature qu'un seul cas, celui de Henckel, où cet auteur dut faire une embryotomie. Il n'en reste pas moins, qu'il n'est négligeable, ni par rapport au facteur maternel, ni par rapport au facteur fœtal, d'éviter dans la mesure du possible une étape d'une telle éventualité, qui si elle n'atteint pas toujours une gravité extrême n'en constitue pas moins une cause de difficultés pouvant se prolonger plusieurs minutes avec les inconvénients et les risques inséparables du facteur durée.

2) Injection après l'extraction du fœtus :

Pour toutes les raisons précitées, l'intérêt de l'administration de Post-hypophyse avant l'extraction du fœtus ne nous paraît pas suffisant à contrebalancer les difficultés qui peuvent lui être imputables.

Il apparaît, par contre, que dans la grande majorité des cas, le procédé consistant à injecter la Post-Hypophyse après l'extraction du fœtus, ne semble présenter, comme l'affirment les Professeurs Vayssière et Chosson, que des avantages. Il est, non seulement, logique du point de vue physiologique, mais il est aussi rationnel du point de vue clinique par la constance de ses effets et l'absence de complications. Il faut, en effet, considérer que la césarienne suprasymphysaire n'est pas seulement une opération chirurgicale, comme la césarienne haute, où la brèche, une fois ouverte, le fœtus se dépouille en quelque sorte automatiquement de son enveloppe utérine, mais qu'il s'agit d'une intervention obstétricale. Et le Professeur Fruhinsholz a bien insisté sur ce fait : « Il y a bel et bien un accouchement sus-symphysaire, un véritable temps obstétrical de la césarienne basse ; temps auquel les descriptions classiques font bien une place mais pas celle qu'à mon avis ce temps mériterait.

L'opérateur devra rester constamment vigilant, guidé dans toutes ses manœuvres par la réaction de l'utérus. Et l'on comprend, alors, qu'il faille s'abstenir de tout procédé pouvant apporter un facteur de modification des conditions physiologiques de cette intervention qui doit rester progressive, fragmentée et décompensée. Autant de raisons qui incitent à n'utiliser la Post-Hypophyse qu'après l'extraction du fœtus.

D'ailleurs cette méthode a l'avantage de conserver toutes les possibilités d'action du médicament.

Elle réduit la perte de sang en luttant contre l'inertie;

Elle arrête les hémorragies de l'intervention, grâce à son action immédiate ;

Elle facilite le temps de l'extraction du délivre, elle en réduit sa durée et la perte de sang qu'elle provoque ;

Elle prévient les hémorragies du post-partum et tend à diminuer la somme des pertes lochiales et leur durée ;

Elle aide l'involution utérine.

Par le fait que le fœtus est déjà extrait lors de son administration elle ne peut en aucune façon être génératrice de dystocie.

En outre, la méthode apporte la certitude que l'injection a bien été faite dans le muscle utérin et non pas dans l'œuf comme cela peut se produire lorsque l'injection est faite sur un utérus distendu par son contenu et où le contenu et le contenant sont difficiles à différencier.

Et en terminant notre étude sur les avantages de l'injection d'extrait de lobe postérieur d'Hypophyse après l'extraction du fœtus, nous ne saurions trouver une meilleure conclusion que celle que nous apportent les résultats obtenus, par cette méthode, à la Clinique Obstétricale de la Faculté de Médecine de Marseille.

Nous avons pu relever que sur une période s'étendant du mois de janvier 1944 au mois de décembre 1950 ; il avait été effectué 125 césariennes selon cette technique.

De l'ensemble des observations il ressort que l'hémorragie du premier temps opératoire ne fut jamais assez importante et grave, pour faire rejeter ce procédé et adopter celui de l'injection en début d'intervention.

Rien ne saurait être un argument plus démonstratif et plus convaincant de l'avantage de cette méthode que la constance des résultats obtenus par un service hospitalier sur une durée aussi longue et un nombre d'interventions aussi important.

Conclusions

Nous avons envisagé au cours de ce travail le problème de l'utilisation de l'extrait de lobe postérieur d'Hypophyse au cours des césariennes supra-symphysaires.

Les constatations qui nous paraissent se dégager de notre étude sont les suivantes :

1) D'une part les éléments favorables :

a) La Post-Hypophyse a un rôle hémostatique certain :

— par la rétraction utérine qu'elle produit ;

— par la vaso-contriction des vaisseaux qu'elle entraîne ;

Le résultat en sera une action à la fois préventive

— par les propriétés coagulantes qui lui sont propres.

et curatrice des hémorragies par atonie, si fréquentes au niveau du muscle utérin.

b) La Post-Hypophyse facilite la délivrance :

— par le fait qu'elle stimule la contractilité utérine.

2) D'autre part, des éléments défavorables :

En effet la Post-Hypophyse peut être, par son action sur le muscle utérin, génératrice de dystocie, au cours de l'extraction du fœtus.

3) Comme conséquence à ces faits, seule la technique d'utilisation consistant en l'injection systématique

de 10 à 15 unités d'extrait de lobe postérieur d'Hypophyse dans le muscle utérin, après l'extraction de l'enfant, nous semble sûre et valable. A la Clinique Obstétricale où elle est pratiquée depuis de nombreuses années elle n'a jamais donné lieu à aucun accident qui puisse lui être directement imputable.

4) Injectée selon cette technique la Post-Hypophyse paraît être sans inconvénient, les contre-indications n'existant pratiquement pas.

5) Les indications les plus formelles sont les utérus atones et qui saignent facilement.

6) Jugulant les hémorragies, la Post-Hypophyse évite des spoliations sanguines surnuméraires chez une femme dont la résistance est considérablement diminuée par le shock opératoire et l'anesthésie, permettant ainsi une meilleure défense contre le développement de l'infection dans les suites opératoires.

7) Les effets de l'administration sont pratiquement :

- Constants ;
- immédiats ;
- et de durée suffisante.

Bibliographie

- AMERICAN JOURNAL OF SURGERY : Janvier 1938 Tome XXXIX n° 1 page 62-66 « Césarienne sans perte de sang ».
- BERUTTI (E.) : Pratique Médicale Française 1936 17-13 « Prophylaxie et traitement des hémorragies consécutives à l'opération césarienne et à l'accouchement par l'injection intra-veineuse d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse ».
- BOHLER (E.) et REILES (M.) : Gynécologie et Obstétrique 1934-3, page 241 : « L'injection intra-veineuse d'hypophyse au cours de la césarienne ».
- BURGER : Société d'Obstétrique de Strasbourg : Séance du 5-1-49 : « Les hémorragies au cours des césariennes ».
- CAMBON : Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. Juin 1938. « Procédé préventif d'hémostase de la tranche de section dans les césariennes basses ».
- CHOSSON (J.), RASTIT (J.) : Bulletin Médical 21 avril 1946: « Utilisation de l'anesthésie épidurale haute par voie sacrée dans les césariennes abdominales ».
- DEVRAIGNE (L.) : Régulations Hormonales. Baillere Editeur 1937 : « De l'hormone post-hypophysaire en Obstétrique ».
- FRUHNSHOLZ : Paris Médical 1-12-1932 : « L'accouchement sus symphysaire ».
- HALLION : Revue pratique de Biologie appliquée à la Clinique et à la Thérapeutique. Avril-Mai 1931 « Sur l'emploi de l'extrait rétro-pituitaire ».
- LE LORIER : Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique n° 5 mai 1939, page 285 : « Mon expérience de l'opération césarienne ».
- OLIVIER : Thèse Paris 1938 : « Histoire de l'Hypophyse comme agent de la délivrance ».

PAYER (H.) : Gazette des Hôpitaux, août 1942 : « Notes sur les différentes techniques de la césarienne supra-symphysaires selon ses indications ».

PETRY : Thèse Nancy 1933.

VERMELIN (H.) : Presse Médicale n° 63, octobre 1947, page 717 : « A propos de l'opération césarienne ».

Serment

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe : ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	15
EMPLOI DE L'EXTRAIT DE LOBE POSTERIEUR D'HYPOPHYSE AU COURS DES CESARIENNES	17
Historique	17
L'utilisation obstétricale	18
POURQUOI EMPLOYER LA POST-HYPOPHYSE DANS LES CESARIENNES SUPRA-SYMPHY- SAIRES ?	21
Prophylaxie des hémorragies	21
Action sur la délivrance	23
Cas spéciaux	23
EXISTE-T-IL DES CONTRE-INDICATIONS ?	25
TECHNIQUE D'ADMINISTRATION	27
Différentes techniques	27
Considérations sur les différentes techniques	29
Discussion	35
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43

